

**Diplôme Inter-Universitaire des Services
de Santé et de Secours Médical des
Services Départementaux d'Incendie et de
Secours**

Santé Publique – Santé Travail

**Travail d'Application Tutoré – année 2018
EAD FIA PRO 2018**

**Attentats de Trèbes et Carcassonne :
dépistage des états de stress post
traumatique**

Madame SAMOR-HERENG Marion

**Service Départemental d'Incendie et de Secours de
l'Aude (11)**

Tuteur universitaire : Monsieur STEVE Jean-Marie

Référents sapeurs-pompiers :

Madame FOULQUIER Laure

Monsieur BRIOIS Didier

« Personne ne sait combien peut durer une seconde de souffrance. »

Graham Greene,
La Puissance et la Gloire, 1940.

RESUME

Le 23 mars 2018, le terrorisme a, pour la première fois, frappé le département de l'Aude. C'est une série d'attaques à Carcassonne puis à Trèbes, revendiquées par l'Etat Islamique, qui a fait 5 morts dont le terroriste et plusieurs blessés.

Un évènement d'une telle ampleur a nécessité la mobilisation de nombreux acteurs : forces de Police, de Gendarmerie, SAMU, SDIS.

Concernant le SDIS de l'Aude, un peu plus de 80 sapeurs-pompiers sont intervenus sur les lieux et 16 personnes étaient présentes au CTA-CODIS.

Dans ce contexte, et dans celui plus large de la répétition des attaques terroristes en France, nous avons souhaité évaluer l'impact psychologique sur les sapeurs-pompiers audois.

Cette démarche avait plusieurs objectifs : dépister d'éventuels états de stress post traumatiques, sensibiliser les sapeurs-pompiers et leur encadrement à ce risque, et enfin, mieux connaître les conséquences de ce type d'évènement traumatique sur les sapeurs-pompiers.

L'étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 96 sapeurs-pompiers impliqués lors des attentats de Trèbes et Carcassonne grâce à une échelle validée pour le dépistage du stress post-traumatique, la PCLS.

Nous disposons d'outils intéressants pour le repérage des troubles psycho traumatiques, comme celui de la PCLS. Cet outil, bien que ne se substituant pas à la relation clinique, pourrait être utilisé dans le dépistage des ESPT lorsque les sapeurs-pompiers sont impliqués dans des interventions potentiellement traumatisantes et à fortiori, lorsque leur degré d'implication est élevé.

Le dépistage et la prévention de ces troubles sont fondamentaux : l'encadrement et le service de santé ont un rôle important à jouer.

Mots clés : états de stress post-traumatique, traumatisme psychique, attentat, prévention, dépistage, PCLS, SSSM

SOMMAIRE

I)	INTRODUCTION.....	1
II)	LE SDIS DE L'AUDE	2
III)	L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....	2
	A) Définition.....	2
	B) Comorbidités.....	3
	C) Prévalence et Revue de littérature.....	3
	D) Outils de dépistage.....	4
IV)	MATERIEL ET METHODE.....	5
V)	RESULTATS.....	6
	A) Profil des répondants.....	6
	B) Scores obtenus.....	7
	C) Syndromes représentés.....	8
	D) Relevé des questions ouvertes.....	10
VI)	DISCUSSION.....	10
VII)	CONCLUSION.....	13

ANNEXES

- Annexe 1 : questionnaire anonyme adressé aux sapeurs-pompiers impliqués lors des attentats de Trèbes et de Carcassonne
- Annexe 2 : critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique dans le DSM IV
- Annexe 3 : critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique dans le DSM V

LISTE DES ACRONYMES

- BSPP : Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris
- CODIS : centre opérationnel départemental d'incendie et de secours
- CTA : centre de traitement des appels
- DSM : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders
- ESPT : état de stress post-traumatique
- PCLS : post traumatic checklist scale
- SAMU : service d'aide médicale urgent
- SDIS : service départemental d'incendie et de secours
- SPP : sapeur-pompier professionnel
- SPV : sapeur-pompier volontaire
- SSSM : service de santé et de secours médical

REMERCIEMENTS

- A mon tuteur, le médecin Colonel Jean-Marie Steve du SDIS 06 : pour avoir su guider ma réflexion et m'avoir apporté de précieux conseils,
- A mes référents du SDIS 11, le médecin Lieutenant-Colonel Didier Briois, médecin-chef du SSSM de l'Aude et la Lieutenante Laure Foulquier : merci pour votre soutien,
- Au service de santé de l'Aude et aux psychologues sapeurs-pompiers volontaires Sylvie Court et Cécile Furet pour vos conseils avisés,
- Aux sapeurs-pompiers de l'Aude, volontaires et professionnels : pour votre participation à ce travail, et surtout, pour la passion que vous mettez chaque jour au service des autres,
- A Hélène : pour tes remarques toujours très judicieuses,
- A ma famille : pour votre patience et votre soutien indéfectible malgré tous ces moments loin de vous...

INTRODUCTION

Vendredi 23 mars 2018. Le terrorisme frappait en pleine journée à Carcassonne, puis à Trèbes, et bouleversait le quotidien de nombreuses personnes. Des attaques successives sur des automobilistes, des CRS et une prise d'otage dans un supermarché. L'évènement aura duré environ 5 heures, avec une période d'attente pour les secours lors de la prise d'otage au supermarché de Trèbes, jusqu'à l'assaut final. Le bilan : 5 personnes décédées, dont le terroriste, 15 blessés et de nombreux impliqués.

Aux côtés du SAMU, des forces de police et de gendarmerie, les sapeurs-pompiers de l'Aude ont été fortement mobilisés, sur site, dans les salles opérationnelles ou en renfort.

La problématique du retentissement psychique sur les sauveteurs est un sujet d'actualité dans le contexte de la multiplication des attentats en France. Comment les sapeurs-pompiers vivent-ils ces évènements qui viennent bouleverser leur quotidien et leurs missions habituelles ? Même si la confrontation à la violence fait malheureusement partie de leur activité, l'attentat terroriste est une autre forme d'agression susceptible de provoquer des séquelles psychiques et d'impacter durablement ceux qui viennent porter secours.

L'objectif de ce travail est d'évaluer, deux mois après les faits, l'impact éventuel sur le psychisme des sapeurs-pompiers et de dépister d'éventuels états de stress post-traumatiques (ESPT).

Dans un premier temps, ce travail présentera brièvement le SDIS de l'Aude puis s'intéressera à l'ESPT, l'évolution de sa définition, ainsi que ses comorbidités. Nous aborderons quelques études sur la prévalence de cette pathologie ainsi que sur les outils de dépistage. Ensuite, nous présenterons notre étude réalisée auprès des sapeurs-pompiers audois, impliqués dans la chaîne des secours deux mois après l'attentat, auxquels nous avons proposé un auto-questionnaire de dépistage de l'ESPT afin de repérer d'éventuels troubles psycho-traumatiques. Nos résultats feront l'objet d'une discussion dans la dernière partie.

I) LE SDIS DE L'AUDE

Le Service Départemental d'Incendie et de Secours de l'Aude est un SDIS de catégorie B. Environ 1800 sapeurs-pompiers volontaires (SPV) et 180 sapeurs-pompiers professionnels (SPP) réalisent plus de 33 000 interventions par an, essentiellement du secours à personne (plus de 25 000 en 2017) mais tous les risques de la sécurité civile y sont représentés. Le SDIS comprend 48 centres de secours qui maillent un territoire de 6139 km² et de 366 000 habitants. Une Plateforme d'Urgence commune 15/18/112 a été créée en 1998. Cette structure reçoit environ 280 000 appels par an qui génèrent 90 000 dossiers patients pour le SAMU et 33 000 interventions pour le SDIS.

Le Service de santé comprend 2 médecins, 2 infirmiers et une pharmacienne sapeurs-pompiers professionnels et une secrétaire, environ 125 infirmiers volontaires et une vingtaine de médecins volontaires. En outre le SSSM dispose d'une cellule médico-psychologique : 2 psychologues experts assurent une astreinte départementale en continu et réalisent des entretiens à la demande.

II) L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

A) Définition

L'état de stress post-traumatique (ESPT) a été introduit en 1980 dans le DSM III (3^{ème} édition du Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders). La description s'est ensuite précisée dans le DSM-IV, révisé en 2000 sous l'appellation DSM-IV-TR (1) et figure à l'*annexe 2* :

Il s'agit d'un tableau faisant suite à une exposition à un événement traumatique (critère A) tel que la mort ou la menace de mort, les blessures graves ou la menace de telles blessures et la menace pour l'intégrité physique. Face à cet événement, le sujet a ressenti une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Ce tableau comprend 17 symptômes regroupés trois grands groupes. Il se caractérise par un syndrome spécifique appelé critère B : la répétition (souvenirs et rêves répétitifs, flashback etc...) et deux syndromes non spécifiques : l'évitement (critère C) et l'hyperactivation neurovégétative (critère D)

représentée par l'insomnie, la colère, le sursaut, les troubles de concentration etc... Les perturbations ont une durée supérieure à un mois et sont accompagnées d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement social. Le diagnostic d'ESPT ne peut être établi qu'après une latence de un mois minimum. En 2013, la nouvelle édition appelée DSM-V (2) apporte quelques changements (*annexe 3*). Notamment, il est admis qu'un sujet puisse être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe ou parce qu'il a été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles. Il n'est plus exigé que l'individu ait présenté une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur face à l'évènement. Alors que le DSM-IV distinguait ESPT aigu et chronique selon la durée des symptômes, le DSM-V élimine cette distinction. Le DSM-V répartit 20 symptômes en quatre grands groupes : reviviscence (critère B), évitement et émoussement affectif (critère C et D) et hyperactivation neurovégétative (critère E).

B) Comorbidités

D'autres troubles psychiques se retrouvent souvent associés à l'ESPT. En 1995, Kessler avait mis en évidence la présence de comorbidités associées à l'ESPT : troubles dépressifs, suicides, anxiété généralisée, trouble panique, phobie simple, phobie sociale, agoraphobie, troubles somatiques, conduites addictives à risque et troubles dissociatifs post traumatiques (3). En 2005, les résultats d'une étude américaine montraient que le risque suicidaire restait élevé chez les personnes atteintes d'ESPT, et ce, même en l'absence de dépression majeure ou d'autres troubles anxieux (4).

En termes de prévention et de santé publique, le dépistage de l'ESPT est donc un enjeu majeur.

C) Prévalence et Revue de littérature

Les taux d'incidence et de prévalence de l'ESPT sont très variables selon les études anglo-saxonnes ou francophones, probablement en raison de référentiels théoriques et cliniques différents.

Dans la population générale, une étude américaine estime la prévalence sur une vie entière entre 5 et 6% chez l'homme et entre 10 et 14% chez la femme (3). En Europe, des études estiment cette prévalence entre 1 et 3% (5, 6).

En 2009, aux Etats-Unis, une méta-analyse américaine sur l'incidence de l'EPST au retour d'Irak dans l'armée américaine montre que le taux d'ESPT varie de 1,4% à 31% en fonction des populations et des questionnaires utilisés (7).

Ce qui témoigne de la difficulté d'identifier ces troubles.

En France, une étude réalisée dans l'Armée de Terre en dehors d'une période de conflit en 2005, retrouvait une prévalence de 1,7% d'ESPT parmi les militaires de deux régiments de l'Armée de Terre (8). Ce résultat est comparable avec le taux d'ESPT retrouvé dans la population générale en France lors d'une enquête menée entre 1999 et 2003 et qui retrouvait un taux d'ESPT de 0,7% (9).

Chez les sapeurs-pompiers, peu d'études françaises permettent d'évaluer la prévalence de l'ESPT. Citons toutefois une étude menée en 2005 à la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris, qui montrait que 10,6% des sapeurs-pompiers présentaient un score compatible avec l'existence d'une ESPT (10).

Ce taux est comparable à celui retrouvé dans un SAMU (9%) lors d'une étude réalisée en 1999 (11).

D) Outils de dépistage

Parmi les outils de dépistage de l'ESPT dont nous disposons, une échelle, la « post traumatic checklist scale » (PCLS) a été traduite en français.

C'est un auto-questionnaire validé en France pour le dépistage et le suivi de l'ESPT en 2003 (12). Cette échelle a été mise au point en 1993 par Weathers et al. (13) selon les critères du DSM-IV. Il s'agit d'un questionnaire à 17 items, dont la sévérité de chacun d'entre eux est évaluée sur une échelle de 1 à 5 selon l'intensité et la fréquence des symptômes au cours du mois précédent.

Certaines études ont regroupé les 17 items de la PCLS en cinq sous dimensions cliniques (14,15) :

- L'intrusion ou reviviscence (items 1 à 5)
- L'évitement (items 6 à 7)
- La dissociation (items 8)
- La dépression (item 9 à 12)

- L'hyperstimulation ou hypervigilance (items 13 à 17).

Le questionnaire est positif si le score est supérieur ou égal à 44 avec une bonne sensibilité une bonne spécificité pour le diagnostic d'ESPT, selon l'étude réalisée en 2003 par Yao et al. (12).

Lors d'une étude entre 2009 et 2010 auprès de trois régiments français de l'armée de Terre de retour d'Afghanistan, les auteurs ont identifié le seuil de 34 à la PCLS comme sensible (78%) et spécifique (94%) afin de repérer les sujets relevant d'une prise en charge au-delà de la présence ou non d'un ESPT (16).

Une autre échelle, issue du DSM-V, appelée PCL-5, est un questionnaire de 20 items qui reflètent les changements et les ajouts du DSM-V. Elle utilise des cotes de 0 à 4 à la différence de la PCLS. Le seuil de 38 semble raisonnable pour suggérer la présence d'un ESPT.

Cette échelle semble être équivalente à la PCLS validée selon une étude (17). De plus, les auteurs remarquent que les nouveaux critères relatifs aux symptômes de l'ESPT ne semblent pas avoir une plus grande utilité clinique.

III) MATERIEL ET METHODE

L'outil choisi pour dépister les états de stress post traumatiques des sapeurs-pompiers de l'Aude est issu de la PCLS et figure en *annexe 1*.

Pour notre étude, les items étaient évalués de 0 à 4 afin qu'ils correspondent à l'échelle utilisée par le SSSM des Alpes Maritimes auprès des sapeurs-pompiers dans les suites de l'attentat de Nice du 14 juillet 2016 (18). Cette cotation avait été préférée car la cotation 1 pour l'absence de symptômes était source d'incompréhension et de réticence lors des essais préalables. Par la suite, les scores ont été incrémentés de 1 afin de correspondre aux seuils pour les calculs ultérieurs. Le questionnaire était anonyme mais cet anonymat était facultatif. Chaque sapeur-pompier pouvait communiquer ses nom, prénom, grade et centre de secours s'il le souhaitait. L'âge, le sexe et le type de mission effectuée était à renseigner.

Par ailleurs, ce questionnaire comportait deux questions ouvertes :

- « Avez-vous présenté d'autres signes physiques particuliers ou des maladies depuis ? »
- « Avez-vous des remarques particulières ? »

Enfin, les agents avaient la possibilité de demander à être contacté confidentiellement par le SSSM et de laisser leur numéro de téléphone.

Le questionnaire a été diffusé aux sapeurs-pompiers, y compris membres du SSSM, impliqués lors de cette journée du 23 mars : sur les lieux, la chaîne de commandement et les salles opérationnelles.

La diffusion du questionnaire a eu lieu 2 mois après les attentats (entre le 28 mai et le 8 juin 2018), sous format papier, avec mise à disposition d'une enveloppe retour intitulée « cellule veille post attentat, service de santé du SDIS 11 ».

Les équipages intervenus et le personnel mobilisé ont été identifiés grâce au logiciel du centre opérationnel du SDIS.

Une information sur la diffusion du questionnaire avait été donnée au préalable lors d'une réunion retour d'expérience au SDIS qui s'était déroulée durant le mois d'avril. Les questionnaires ont été remis aux agents sous enveloppe via les chefs de centre et des chefs de groupement auprès desquels nous avons expliqué la démarche et les objectifs de notre étude. Aucune relance n'a été effectuée. Le retour s'est fait progressivement par le courrier interne : derniers retours pris en compte le 31 juillet 2018.

IV) RESULTATS

A) Profil des répondants

Nous avons recueilli 69 questionnaires sur les 96 adresses, le taux de réponse est de 71,8%.

Sur ces 69 réponses, 15 sont revenues anonymes (22%) et pour certaines d'entre elles, n'étaient pas précisés : la mission effectuée (n=5), l'âge (n=8) ou le sexe (n=5).

La moyenne d'âge des répondants est de 41,3 ans (20-64). La proportion de femmes répondantes est de 15% (9 femmes et 60 hommes).

La répartition par grade nous montre que la plupart des répondants sont sous-officiers (n=24), officiers (n=16), membres du SSSM (n=9), hommes du rang (n=6) et 14 répondants anonymes n'ont pas renseigné leur grade.

Les sapeurs-pompiers volontaires (SPV) et professionnels (SPP) représentaient respectivement 43% (n=30) et 35% (n=24) des répondants.

En fonction de la mission effectuée par le sapeur-pompier, un degré d'implication a pu être déterminé comme suit :

Degré 1 : intervenants du CTA CODIS et en renfort sur site

Degré 2 : intervenants sur site

Degré 3 : intervenants présents dans le supermarché juste après l'assaut.

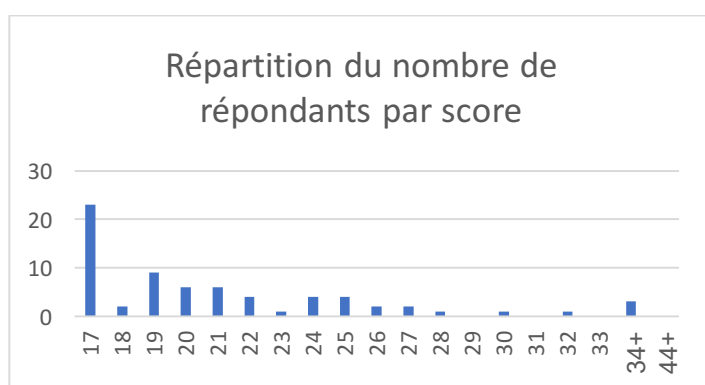
Dans notre étude, le degré 2 représente la majorité des répondants (58%), puis le degré 1 (25%) et enfin le degré 3 (10%). Cinq intervenants (7%) n'ont pas indiqué la mission effectuée.

B) Scores obtenus

Les scores ont été calculés en incrémentant, pour chaque questionnaire, le total de 17 points afin de respecter les valeurs seuils de la PCLS dont les scores sont compris entre 17 et 85.

Rappelons que les seuils significatifs validés pour cet auto-questionnaire de dépistage sont 34 et 44. Notre étude a mis en évidence trois scores supérieurs à 34 soit un taux de positivité de 4,47% et aucun score supérieur à 44.

Cet histogramme représente la répartition des répondants par score : la grande majorité des répondants a un score de 17 (n=23), le score minimal.

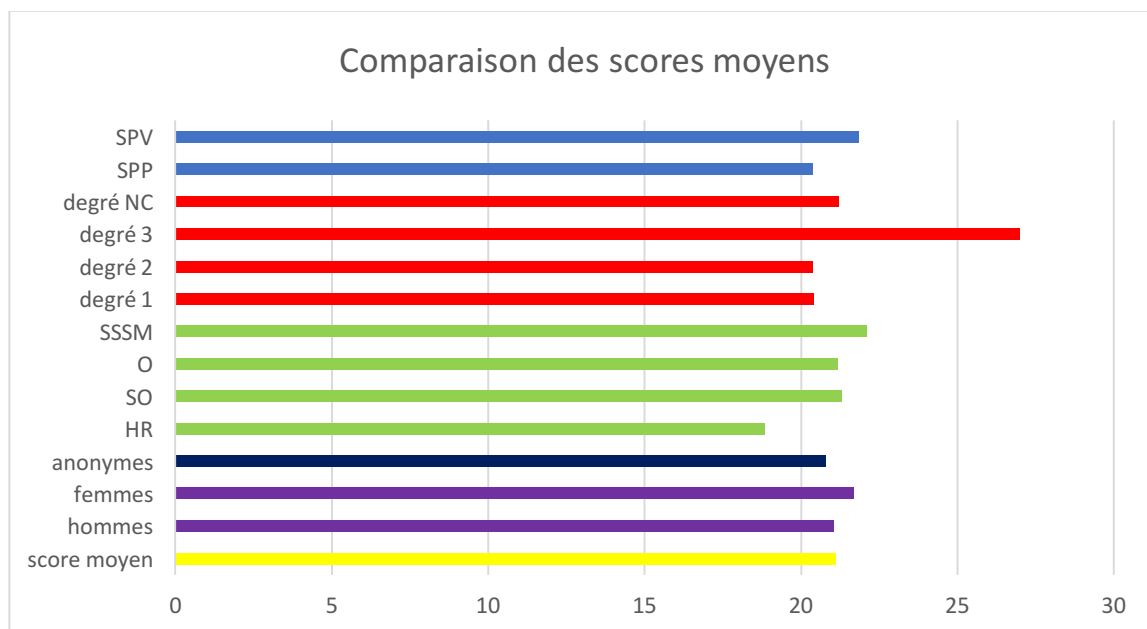


Le score moyen dans notre étude est de 21,11 (médiane à 19).

Nous nous sommes intéressés aux scores moyens selon différents paramètres : le sexe, les répondants anonymes, le grade (homme du rang (HR), sous-officier

(SO), officier (O), membre du SSSM), le degré d'implication (1, 2, 3 et non connu (NC)), les SPV et les SPP.

Le graphique (ci-dessous) présente une comparaison des scores moyens en fonction des critères choisis :



Le score moyen le plus élevé est de 27 et est retrouvé chez les personnes dont le degré d'implication a été évalué à 3 (score moyen 27, valeurs comprises entre 17 et 40). Le score des hommes du rang est inférieur au score moyen (18,8).

C) Symptômes représentés

Les 17 items de la PCLS peuvent être regroupés en cinq sous dimensions cliniques :

- L'intrusion ou reviviscence (items 1 à 5)
- L'évitement (items 6 à 7)
- La dissociation (items 8)
- La dépression (item 9 à 12)
- L'hyperstimulation ou hypervigilance (items 13 à 17).

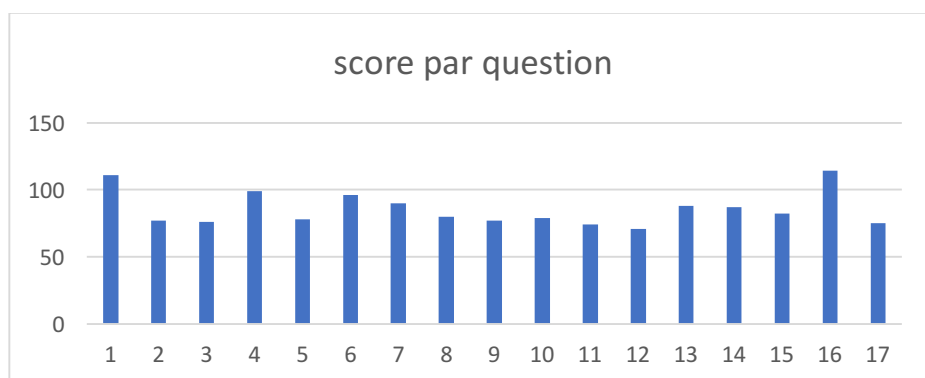
La répartition par symptômes est représentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Résultats de la PCLS

	<i>population</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Score Moyen (étendue)</i>
<i>score global moyen PCLS</i>	<i>(N=69)</i>			<i>21,11 (17-40)</i>
<i>nombre de personnes avec score>44</i>	<i>(N=69)</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	
<i>nombre de personnes avec score>34</i>	<i>(N=69)</i>	<i>3</i>	<i>4,47</i>	
<hr/>				
<i>score moyen des sous-dimensions de la PCLS</i>				
<i>reviviscences</i>	<i>(N=69)</i>	<i>37</i>	<i>53,62</i>	<i>6,39 (5-16)</i>
<i>évitement</i>	<i>(N=69)</i>	<i>22</i>	<i>31,8</i>	<i>2,69 (2-6)</i>
<i>dissociation</i>	<i>(N=69)</i>	<i>9</i>	<i>13,63</i>	<i>1,16 (1-4)</i>
<i>dépression</i>	<i>(N=69)</i>	<i>14</i>	<i>20,28</i>	<i>4,36 (4-7)</i>
<i>hypervigilance</i>	<i>(N=69)</i>	<i>38</i>	<i>55,07</i>	<i>6,46 (5-15)</i>

Cet histogramme représente le nombre de points attribué à chaque item par l'ensemble des répondants. Ce sont les questions 1 et 16 qui obtiennent les scores les plus élevés :

- Question 1 relative aux souvenirs, pensées, images, répétitifs perturbants et non désirés de l'attentat.
- Question 16 relative au fait de se sentir en état d'alerte, vigilant, sur la défensive ou sur ses gardes.



D) Relevé des questions ouvertes

Les questions ouvertes n'ont pas fait l'objet de nombreuses remarques :

Quatre commentaires positifs :

- remerciements pour le questionnaire (n=2),
- qualité du travail effectué par les équipes
- soutien d'un collègue aidant durant l'intervention

Quatre remarques concernant des troubles postérieurs à l'évènement : asthénie, lombalgie, vigilance accrue, amnésie de certains faits immédiatement postérieurs au 23 mars.

Un commentaire était relatif au sentiment d'insécurité sur le site.

Un commentaire mentionnait l'absence de « retex » (retour d'expérience) et un sentiment de non prise en compte de la hiérarchie.

Enfin, concernant la demande de contact par le SSSM : deux personnes ont souhaité être appelées, 38 ont répondu « non » (dont un avec la mention « trop tard ») et 56 n'ont pas rempli cet item.

V) DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de dépister les états de stress post traumatiques des sapeurs-pompiers de l'Aude, intervenus lors des attentats de Trèbes et Carcassonne le 23 mars 2018.

Il s'agissait en effet d'un évènement que l'on peut qualifier d'exceptionnel, de grande ampleur, inédit par son caractère (attentat terroriste dans l'Aude) et par sa violence.

Certains sapeurs-pompiers pouvaient aussi être personnellement concernés (attentat dans une ville où vivent et travaillent SPV ou SPP), ce qui pouvait avoir un impact à titre individuel.

Notre travail s'est intéressé uniquement aux sapeurs-pompiers impliqués lors de cette journée (y compris renfort sur site). Nous n'avons par conséquent pas de comparaison avec l'impact que cet évènement a pu avoir sur l'ensemble des sapeurs-pompiers, notamment sur ceux qui sont restés en retrait ou en renfort en caserne. Une telle étude aurait nécessité des moyens plus importants, difficiles à mettre en œuvre dans le délai imparti.

La participation des sapeurs-pompiers à l'étude a été excellente (71%), Nous avons donc recueilli 69 questionnaires. Cela peut s'expliquer par l'investissement des chefs de centre auprès desquels la démarche avait été personnellement expliquée mais aussi par le souci de donner une « suite » à l'évènement qui a particulièrement marqué les agents et la population audoise dans son ensemble. Notons que 5 réponses ne mentionnaient pas la mission effectuée mais ne présentaient pas de score particulièrement élevés (score de 17 à 25). Ils étaient associés à des réponses anonymes et nous pouvons penser que les personnels ne souhaitaient pas être identifiés par la mission effectuée. L'anonymat était facultatif afin de laisser la possibilité aux sapeurs-pompiers en souffrance d'être contactés par le service de santé. Seuls 22% des répondants ont souhaité rester anonymes et leur score moyen est proche de celui de l'ensemble des répondants (respectivement 20,8 et 21,11). Aucun répondant anonyme n'avait de score supérieur à 34 (scores compris entre 17 et 27). L'anonymat ne semble donc pas avoir été utilisé afin de témoigner de difficultés psychiques.

La PCLS a une valeur seuil reconnue de 44 pour dépister avec une bonne sensibilité et une bonne spécificité l'EPST. Aucun score supérieur à 44 n'a été relevé dans notre étude. Le seuil de 34 a été validé comme valeur discriminante au dépistage de troubles psychiques au-delà de la présence ou non d'un EPST (16). Trois de nos sapeurs-pompiers avaient un score supérieur à 34 soit 4,47%. Un entretien leur a été proposé et a pu constater une évolution favorable des symptômes 2 mois après.

Le score moyen retrouvé dans notre étude est 21,11 et les valeurs varient entre 17 et 40. Une grande proportion de répondants (n=23) obtient le score le plus faible (réponse « pas du tout » à tous les items). Nos résultats retrouvent un score moyen inférieur à celui d'autres études : dans une étude à la BSPP en 2005, le score moyen était de 29,4 (10). Cependant, nos résultats sont comparables à ceux d'une étude réalisée sur 200 gendarmes en 2015 (15). Dans cette étude, le taux de positivité de la PCLS était de 2,1% mais les entretiens cliniques avaient conclu à des faux positifs. Le score moyen à la PCLS était de 22 avec une médiane à 19. L'auteur attribuait ce faible taux à plusieurs facteurs : sélection initiale, attention au maintien de l'aptitude, entraînement et esprit de corps, forte motivation à l'engagement (15). Une autre étude réalisée au SAMU

de Paris en 2005 retrouvait un taux d'ESPT de 0,5% (19). Pour expliquer ce taux faible, les auteurs avançaient le niveau de préparation psychologique des professionnels comme facteur protecteur.

Les sapeurs-pompiers les plus impliqués (degré 3) ont un score moyen plus élevé à 27 et semblent plus impactés que les degrés 1 et 2 (scores respectifs 20,4 et 20,37). Cependant, ce score est à relativiser car l'effectif est réduit (n=7). Il nous semble tout de même important de cibler le dépistage des agents ayant un haut degré d'implication lors d'évènements potentiellement traumatisants et de prendre en compte le temps d'exposition, la répétition des expériences traumatisantes. Plusieurs études ont relevé que la durée de l'exposition influençait les réactions de stress post-traumatiques (20, 21).

Le score plus faible (18,83) pour les hommes du rang est difficile à interpréter car ils sont peu nombreux à avoir répondu à l'enquête (n=6). Dans notre étude, le score moyen des membres du SSSM (22,11) est légèrement supérieur à celui des « képis noirs », quel que soit leur grade (21,18 pour les officiers, 21,3 pour les sous-officiers, 18,83 pour les hommes du rang). Bien que l'effectif SSSM dans notre étude soit petit (n=9), nous pouvons penser que leur rôle durant l'intervention a été plus impactant (secours à personne, prise en charge de blessés par balles, prise en charge des impliqués).

Toutefois, nos résultats ne nous permettent pas d'identifier de profil, en dehors du niveau d'implication élevé, qui semblerait plus à risque. Nos effectifs ne sont pas assez importants pour des analyses statistiques.

Concernant l'analyse par symptômes, nos résultats semblent indiquer que les questions 1 et 16 ressortaient des questionnaires comme obtenant un « score » plus important. Ces questions sont relatives aux symptômes intrusion et hyperstimulation.

Nos sapeurs-pompiers paraissent surtout présenter des symptômes relatifs à l'hyper-vigilance (sursauts, états d'alerte, sentiment d'être sur ses gardes). Les items concernant l'hyperexcitabilité étaient aussi plus fréquemment retrouvés dans l'étude sur les sapeurs-pompiers de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris en 2005 (10), de même que chez les gendarmes (15). Les symptômes relatifs à l'évitement, la dissociation et la dépression sont moins représentés.

Un échantillon plus important aurait permis de réaliser une analyse factorielle afin de mettre en évidence les facteurs les plus significatifs statistiquement, ce qui n'est pas réalisable pour notre étude.

La PCLS est un outil discriminant validé et reconnu dans le dépistage des ESPT. Mais comme l'écrit B. Lahutte (22) : « Les résultats obtenus, loin de constituer (...) un guide qui déterminerait à lui seul l'indication de prise en charge, sont au contraire des données permettant de guider l'entretien et la décision médicale, hors de tout automatisme ».

Il convient d'être prudent dans l'interprétation des résultats et de garder à l'esprit que les symptômes sont susceptibles d'apparaître plus tardivement. C'est pourquoi, il est important d'en informer les sapeurs-pompiers et de sensibiliser la hiérarchie et le service de santé à l'intérêt du dépistage des EPST.

VI) CONCLUSION

Le repérage et la prise en charge des états de stress post-traumatiques est une préoccupation essentielle pour les SDIS entrant dans le champ de prévention des risques psycho-sociaux. L'utilisation de la PCLS semble être un outil adapté et discriminant. Notre étude s'est intéressée à l'impact d'un événement traumatisant particulier : celui de l'attentat terroriste, qui bouleverse l'individu par son caractère violent et intentionnel. Mais le sapeur-pompier est régulièrement confronté à des situations éprouvantes et comme tout un chacun, traverse des événements de vie difficiles.

La bonne participation des sapeurs-pompiers à notre étude ainsi que les témoignages recueillis témoignent de la volonté de « parler » du sujet. Nos résultats révèlent des scores sensiblement plus élevés chez les sujets les plus exposés, ce qui doit nous amener à porter particulièrement attention à ceux-ci. Les symptômes de l'ESPT sont susceptibles d'apparaître bien plus tardivement, nous en avons informé les personnels lors de la diffusion du questionnaire. Par conséquent, nous envisageons une nouvelle étude dans quelques mois. Au-delà de l'attentat terroriste, le sapeur-pompier peut avoir traversé d'autres événements traumatogènes. Le dépistage des troubles psychiques liés au traumatisme pourrait être envisagé à titre systématique lors des visites médicales d'aptitude ou

à la suite d'évènement particuliers. La prévention des troubles psychiques post-traumatiques des intervenants du secours est un enjeu de santé publique et nous disposons d'outils intéressants comme la PCLS. Cette dernière reste un outil de dépistage qui ne pourrait remplacer la relation clinique mais qui a l'intérêt d'être validée par les diverses études existantes, d'être reproductible, de permettre les comparaisons et son acceptabilité est bonne par les sujets.

Le Service de santé du SDIS, dans sa mission de soutien sanitaire, a un rôle important à jouer dans ce domaine.

ANNEXES



Vous avez vécu l'attentat du 23 mars 2018 à Trèbes et Carcassonne.

Questionnaire anonyme.

Si vous avez été sollicité lors de l'attentat du 23 mars 2018 à quelque titre que ce soit, merci de renseigner le questionnaire concernant les signes présentés à distance de cet évènement.

Les résultats de l'analyse des réponses seront globaux et anonymes. Nous l'utilisons afin de :

- **Dépister** les symptômes et pathologies apparues,
- **Sensibiliser** les sapeurs-pompiers et leur hiérarchie sur la nécessité d'être vigilant pour soi-même et ses collègues, car présenter des symptômes aujourd'hui pourrait être pathologique,
- **Mieux connaître** les conséquences de ce genre d'évènement chez les sapeurs-pompiers pour améliorer la prévention, les prises en charge futures et les moyens à mettre en œuvre.

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes que les intervenants éprouvent parfois à la suite d'une expérience très stressante. Merci de lire chaque question soigneusement et d'encrer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été dérangé.

Assurez-vous de baser vos réponses sur des aspects qui sont apparus ou se sont aggravés **au moins un mois après l'évènement** et jusqu'à ce jour (et non dans les jours immédiats suivants).

Attention : ces signes peuvent apparaître plusieurs mois après. Restez attentifs et n'hésitez pas à nous le signaler.

NOM (facultatif) **PRENOM (facultatif)**

.....

GRADE (facultatif)

CIS(facultatif).....

Sexe : H ou F Age :

Mission(s) effectuée(s) en rapport et au cours de l'attentat que vous soyez intervenu ou non : (impératif)

.....

**A quel point avez-vous été dérangé par
(cotation de 0 à 4):**

	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modéré</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrême</i>
1. Des souvenirs, des pensées, des images, répétitifs, perturbants et non désirés de l'attentat ?	0	1	2	3	4
2. Des rêves répétitifs et perturbants de l'attentat ?	0	1	2	3	4
3. L'impression soudaine de vous sentir ou d'agir comme si l'attentat se produisait à nouveau (comme si vous étiez en train de le revivre) ?	0	1	2	3	4
4. Le fait d'être bouleversé lorsque quelque chose vous a rappelé l'attentat ?	0	1	2	3	4

A quel point avez-vous été dérangé par :

Pas du tout *Un peu* *Modérément* *Beaucoup* *Extrêmement*

(cotation de 0 à 4):

5. De fortes réactions physiques quand quelque chose vous a rappelé l'attentat (par exemple, palpitations cardiaques, difficultés à respirer, sueurs) ?	0	1	2	3	4
6. L'évitement de penser ou de parler des souvenirs ou émotions associés à l'attentat ?	0	1	2	3	4
7. L'évitement d'activités ou de situations qui vous rappellent l'attentat (par exemple, des personnes, des endroits, des conversations, des activités, des objets ou des situations) ?	0	1	2	3	4
8. Le fait d'avoir de la difficulté à vous souvenir de certaines parties importantes de l'attentat ?	0	1	2	3	4
9. Le fait de perdre de l'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir ?	0	1	2	3	4
10. Le fait de vous sentir distant ou coupé de votre entourage ?	0	1	2	3	4
11. Le fait de se sentir sans émotion ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui vous sont proches ?	0	1	2	3	4
12. Le fait de vous sentir sans avenir ?	0	1	2	3	4
13. Des difficultés pour vous endormir ou rester endormi ?	0	1	2	3	4
14. Le fait de vous sentir irritable ou en colère ou le fait d'agir de façon agressive ?	0	1	2	3	4
15. Des difficultés de concentration ?	0	1	2	3	4
16. Le fait de vous sentir en état d'alerte, vigilant, sur la défensive ou sur vos gardes ?	0	1	2	3	4
17. Le fait de vous sentir énervé ou de sursauter facilement ?	0	1	2	3	4

Avez-vous présenté d'autres signes physiques particuliers ou des maladies depuis ?

Avez-vous des remarques particulières ?

Souhaitez-vous être contacté confidentiellement par le service de santé du SDIS ?.....Téléphone :

Réponse à adresser à la « Cellule de veille post-attentat », service de santé du SDIS 11, sous pli confidentiel par courrier interne. Vos réponses resteront confidentielles (secret médical) et seront analysées pour l'élaboration d'un travail d'application tutoré (TAT) dans le cadre de ma formation professionnelle de médecin de sapeur pompier- médecin de classe normale Marion Samor.
 CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

ANNEXE 2

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE DANS LE DSM IV-TR

« A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- (1) Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;
- (2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- (1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;
- (2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse ;
- (3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication) ;
- (4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;
- (5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

C. Evitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes ;

- (1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;
- (2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
- (3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;
- (4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
- (5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;
- (6) Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;
- (7) Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes :

- (1) Difficulté d'endormissement au sommeil interrompu ;
- (2) Irritabilité ou accès de colère ;
- (3) Difficulté de concentration ;
- (4) Hypervigilance ;
- (5) Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

- Aigu : Si la durée des symptômes est de moins de trois mois,
- Chronique : Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

- Survenue différée : Si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress. »

Source : Association AP. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e ed. Paris, Masson, 2003.

ANNEXE 3

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE DANS LE DSM V

Pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus 6 ans

Critères A :

Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

- (1) en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants
- (2) en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
- (3) en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
- (4) en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

Critères B :

Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

- (1) Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;
- (2) Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;
- (3) Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;
- (4) Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
- (5) Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants ;

Critères C :

Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

- (1) Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
- (2) Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

Critères D :

Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

- (1) Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;
- (2) Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente ») ;
- (3) Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
- (4) État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
- (5) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
- (6) Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres
- (7) Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

Critère E :

Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événement traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

- (1) Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
- (2) Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
- (3) Hypervigilance ;
- (4) Réaction de sursaut exagéré ;

- (5) Problèmes de concentration ;
- (6) Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

Critère F :

La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G :

La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H :

La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs :

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;

2. Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

Avec manifestation différée :

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

Source : Association AP, DSM V. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 2013, 5^{ème} édition.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Association AP. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e ed. Paris, Masson, 2003.
- 2) Association AP, DSM V. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 2013, 5^{ème} édition.
- 3) KESSLER R, SONNEGA A, BROMET E et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 1995.
- 4) OQUENDO M, BRENT DA, BIRMAHER B et al. Posttraumatic stress disorder comorbide with major depression: factors mediating the association with suicidal behaviour. American Journal of Psychiatry 2005; 162: 560-566.
- 5) ALONSO J, ANGERMEYER NC, BERNERT S, BRUFFAERTS R, BRUGHA TS, BRYSON H et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project 1. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004; (420): 38-46.
- 6) Institut de Veille Sanitaire (InVS). Données de surveillance par pathologie. Etat de stress post-traumatique. Publication du 10/03/2014. Site consulté 08/2018. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Sante-mentale/Donnees-de-surveillance-par-pathologie/Etat-de-stress-post-traumatique>
- 7) SUNDIN J, FEAL NT, IVERSEN A, RONA RJ, WESSELY S. PTSD after deployment to Iraq: conflicting rates, conflicting claims. Psychological medicine 2009; 40: 367-82.
- 8) VALLET D, ARVERS P, FURTWENGLER P, RENAUD C, NEEL T, RENAUT O. Etude exploratoire sur l'état de stress post-traumatique. Médecine et Armées 2005 ; 35 : 441-6.
- 9) VAIVA G, JEHEL L, COTTENCIN O, et al. Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study: Santé mentale en population générale (SMPG). Encephale 2008; 34: 577-83.
- 10) MP LAVILLUNIERE N, MC LEIFFLEN D, MC ARVERS P. Stress et santé au travail chez les sapeurs-pompiers de Paris, 2005.

- 11)JEHEL L, LOUVILLE P, PATERNITI S, BAGUIER S, CARLI P.
Retentissement psychologique du stress professionnel dans un SAMU. J
Européen Urgences 1999 ; 4 : 157-4.
- 12)YAO SN, COTTRAUX J, NOTE I, et al. Evaluation of Posttraumatic Stress
Disorder: validation of a measure, the PCLS. Encephale 2003; 29 : 232-8.
- 13)WEATHERS F, LITZ B, HERMAN D, HUSKA J, KEANE T. The PTSD
Check List reliability, validity and diagnostic utility. Annual meeting of the
international society for traumatic stress studies. San Antonio 1993.
- 14)HOLTERBACH L, BAUMANN C, ANDREANI B, DESRE D, AUXEMERY
Y. « Etat de stress post-traumatique et consommation de soins sur l'année
écoulée : étude menée auprès de 340 militaires français de cinq unités
combattantes de l'armée de terre ». L'Encéphale, Volume 41, n°5, 2015 :
444-452.
- 15)BAILLON A. Prévalence du trouble de stress post-traumatique et du stress
perçu par les gendarmes : quelle(s) corrélation(s) avec la consommation
de soins ? Thèse de Docteur en médecine, Université de Lorraine, 2016.
- 16)PAUL F, POMMIER DE SANTI V, MARIMOUTOU C, DEPARIS X.
Validation de l'échelle PCLS et d'un auto-questionnaire court dans le cadre
du dépistage des états de stress post-traumatiques (ESPT) chez les
militaires de retour de mission. La psychiatrie en milieu militaire, chapitre 1,
ed. Elsevier Masson.
- 17)HOGE C, RIVIERE L, WILK J, HERELL R, WEATHERS F. The prevalence of
post-traumatic stress disorder (PTSD) in US combat soldiers: a head-to-head
comparison of DSM-5 versus DSM-IV-TR symptom criteria with the PTSD
checklist, thelancet.com, 2014.
- 18) Médecin Colonel STEVE JM, Service de Santé et de Secours, SDIS 06.
- 19) LAURENT A, CHAHRAOUI K, CARLI P. Les répercussions
psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel du
SAMU. Annales médico-psychologiques, 2005.
- 20)LANE PS, Critical incident stress debriefing for health care workers,
omega: Journal of Death and Dying, vol.28 n°4, 1993-1994: 301-315.
- 21) PATON D, Disasters and helpers: psychological dynamics and
implications for counselling, Counselling Psychology Quarterly, vol.2, n°3,
1989: 303-322.

22) LAHUTTE B. Les enjeux du plan de prévention des troubles psycho-traumatiques dans les armées. La psychiatrie en milieu militaire, chapitre 3, ed. Elsevier Masson.



AUDE
Service Départemental
d'Incendie et de Secours

**Z.I La Bouriette - BP 1053
11870 Carcassonne Cedex 09
Standard : 04.68.79.59.00**

*Service de Santé et
de Secours Médical*
Tél : 04.68.79.59.66
secretariat.sssm11@intranet-sdis11.fr

Carcassonne, le

04 MAI 2018

ATTESTATION

Je soussigné, Médecin Commandant Didier BRIOIS, Médecin Chef de Pôle du Service de Santé et de Secours Médical du Service Départemental d'Incendie et de Secours de l'Aude, atteste avoir pris connaissance du sujet de Madame Marion SAMOR HERENG, intitulé : « Attentats de Trèbes et Carcassonne : dépistage des états de stress post traumatique ».

Par conséquent, elle a mon accord pour venir soutenir son TAT lorsqu'elle aura reçu sa convocation avec la date et le lieu.

Cette attestation est délivrée à l'intéressée pour servir et valoir ce que de droit.

Dr Didier BRIOIS
Médecin Chef de Pôle SSSM
SDIS AUDE